

**А.В.БЕЛЬКОВ, А.И.ПАНКОВ,
А.Р.ЕВСТИГНЕЕВ, С.В.ИГНАТЬЕВ,
А.А.МОТОРИН**

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СУБТОТАЛЬНО-ТОТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Смоленская государственная
медицинская академия, Россия

Проблема лечения панкреонекроза в последние годы приобретает все большую актуальность в связи с сохранением высокой заболеваемости и неблагоприятными результатами лечения, несмотря на разнообразие технико-тактических установок. Так, летальность при панкреонекрозе, особенно при тотальных и субтотальных его формах, когда некротический процесс захватывает большую часть поджелудочной железы с переходом на забрюшинное пространство, достигает от 40 % до 80 % и выше, а стойкая инвалидизация выживших составляет 40-50 % [1-5]. Неслучайно поэтому проблема панкреонекроза по-прежнему волнует клиницистов, она же стала важнейшей в программе последнего, 9-го съезда хирургов России (2000 г, Волгоград).

В литературе описано множество оперативных и консервативных методов лечения. Однако ни один из них не гарантирует прерывания ферментного аутолиза и дальнейшего распространения некроза в поджелудочной железе и окружающих тканях. Выбор оптимального способа лечения также важен в силу индивидуальности каждого клинического наблюдения.

К настоящему времени не обоснована целесообразность и эффективность раннего оперативного лечения панкреонекроза (ПН), хотя данный вопрос периодически дискутируется до сих пор.

Достаточно вариабельными остаются сами методы оперативного лечения ПН (резекции поджелудочной железы, дренирующие операции, лапароскопические и минимальные вмешательства), что затрудняет выбор оперирующего хирурга.

Анализ клинических наблюдений больных с неблагоприятным исходом ПН показывает, что смерть от «летального» панкреатита в первые пять суток от начала заболевания, как правило, вызывает субтотальные и тотальные формы некроза поджелудочной железы, осложненные ферментативным перитонитом, забрюшинной флегмоной, полиорганной недостаточностью и массивным токсикозом с развитием функциональных и структурных нарушений жизненно важных органов. В более поздние сроки летальность обусловлена вторичными осложнениями ПН (сепсисом, абсцедированием, свищами, кровотечениями и другими).

Известно, что в структуре летальности ПН около 40% больных погибают в раннюю фазу заболевания (до 5 суток), не выходя из панкреатогенного шока, даже при использовании самых мощных медикаментов и методов детоксикации, включая экстракорпоральные [6, 7].

В настоящее время доказано, что при использовании консервативной терапии при деструктивных формах панкреатита летальность была значительно ниже, чем при применении активной оперативной тактики. Поэтому в современном понимании проблемы ПН именно консервативное лечение является методом выбора. В то же время наш накопленный опыт и сведения литературы доказывают, что около 20% больных ПН все же нуждаются в ранних операциях. Последний (9-й) Всероссийский съезд хирургов, посвященный проблеме панкреонекроза, определил показания к подобного рода вмешательствам. При этом, как показала практика, оперативному лечению подвергаются более тяжелые больные, у которых риск летального исхода становится вполне вероятным.

Следует отметить, что при операциях в ранней фазе заболевания практически сложно определить истинный размер некроза железы (он может также увеличиваться и после вмешательства). Наряду с осуществлением основных целей оперативного вмешательства представляется важным сохранение максимального объема жизнеспособной ткани поджелудочной железы для лучших отдаленных функциональных исходов заболевания. Поэтому, при соблюдении принципа достаточной эффективности, хирурги-

ческое вмешательство в ранние сроки заболевания необходимо проводить осторожно, с максимальным сохранением жизнеспособной ткани органа.

Исследование выполнено у 1378 больных острым панкреатитом, лечившихся в хирургических стационарах клиники факультетской хирургии СГМА (1 ГКБ) и ГБ № 9 г Брянска с 1991 по 2000 гг. Из них у 416 больных диагностирован ПН, в том числе с субтотальными формами – 97 больных, и с тотальными – 37 больных (по результатам оперативных вмешательств и патоморфологических находок). Алгоритм диагностики при остром панкреатите включал сбор жалоб и анамнеза, физикальные методы исследования, обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, лапароскопию и, по показаниям, – дуоденоскопию и компьютерную томографию.

Всем больным с панкреонекрозом при поступлении в клинику факультетской хирургии назначали консервативное лечение. Следует отметить, что мы являемся убежденными сторонниками такого подхода. Схема интенсивного консервативного лечения, которое проводили строго в условиях отделения интенсивной терапии (АРО), включала общепринятые при данной патологии компоненты.

Однако не у всех больных была стабилизирована ситуация и достигнут положительный эффект. С учетом показаний, выработанных на съезде хирургов России, 134 больных подверглись ранним оперативным вмешательствам. У всех этих больных массивное консервативное лечение не имело эффекта в течение 2 суток и риск летального исхода был достаточно вероятен. Интраоперационная диагностика подтвердила субтотально-тотальный характер поражения поджелудочной железы.

Объем оперативных вмешательств, проведенных нами до пятых суток от начала заболевания, включал резекции поджелудочной железы (21 больной, летальность - 47,6 %), дренирующие операции (78 больных, летальность 74,35 %) и операции, дополненные вскрытием и проточным дренированием забрюшинных клетчаточных пространств (45 больных, летальность 31,1 %) (рис.1, 2, 3).

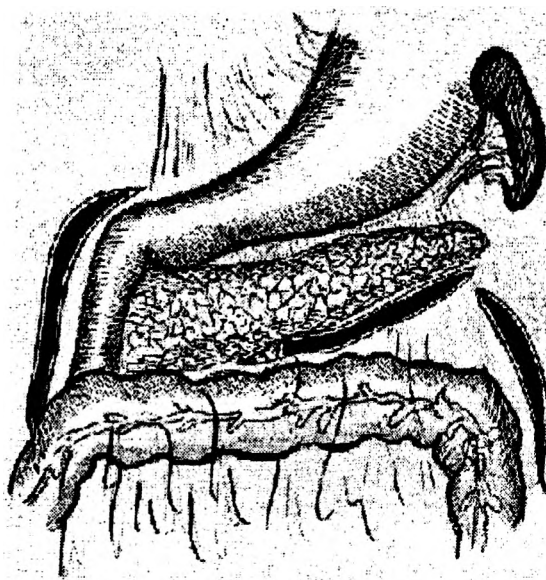


Рис.1. Дренирующие операции при панкреонекрозе.

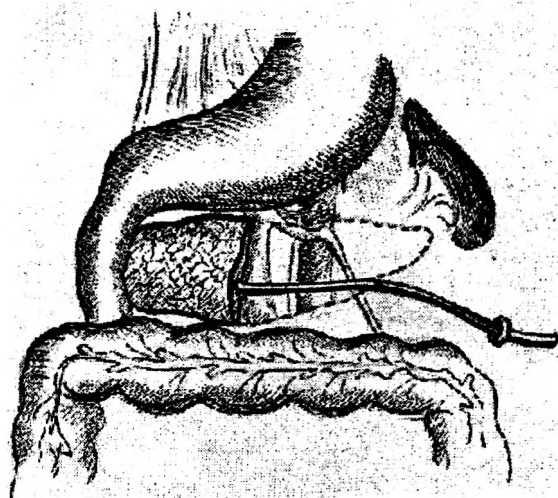


Рис.2. Дистальная резекция поджелудочной железы.

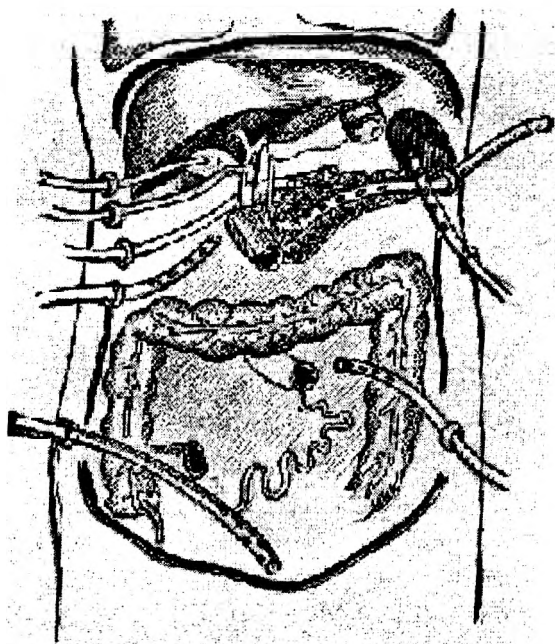


Рис.3. Внутрибрюшные оперативные доступы к забрюшинной клетчатке.

Как показал анализ полученных результатов, летальность при субтотальных и тотальных формах ПН находилась в прямой зависимости от выбора метода оперативного пособия. Так, дренирующие оперативные вмешательства были выполнены 78 больным, что составило 48,7 % от общего количества оперированных больных

в этот период заболевания. Данная группа больных имела наибольший процент летальности (74,35 %). Кроме этого, в ней мы наблюдали наибольшее количество осложнений в послеоперационном периоде. Эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Характер осложнений у больных панкреонекрозом
в раннем послеоперационном периоде**

Вид осложнения	Дренирующие операции	Резекции поджелудочной железы	Вмешательства на брюшинной клетчатке
Гнойно-септические	12(15,38%)	5(23,8%)	8 (17,7 %)
Кровотечения	3 (3,84 %)	3 (14,28 %)	2 (4,44 %)
ПОН	15(19,23 %)	3 (14,28 %)	8(17,7%)
Прогрессирование некроза	10(12,82%)	1 (4,76 %)	4 (8,8 %)
Всего:	40 (51,28%)	12(57,14%)	22 (48,8 %)

Выполнение резекций поджелудочной железы в ранние сроки развития панкреонекроза было затруднено. Данный факт, на наш взгляд, обусловлен сильно выраженным воспалительным процессом в области поджелудочной железы и брюшинном пространстве, наличием инфильтрата, кровоточивостью тканей и недостаточной демаркацией между здоровыми и поражёнными участками поджелудочной железы. Кроме указанного, необходимо учитывать не только технические трудности подобных вмешательств, но и крайне неблагоприятный фон, обусловленный тяжестью основного заболевания.

Лучший эффект в этом периоде заболевания принесли оперативные вмешательства, которые носили щадящий, по отношению к поджелудочной железе, характер с одновременным максимально радикальным дренированием и удалением некротической ткани из брюшинного пространства (прежде всего собственно ретропанкреатического и, нередко, правого и левого ренальных и ретроколических пространств). Некрэквестрэктомия с санацией брюшинного пространства практически всегда дополнялась проведени-

ем активного проточного промывания собственно брюшинного пространства.

Важным фактом в оценке и трактовке выявленных изменений брюшинной клетчатки, по нашему мнению, является нередкое инфицирование брюшинной клетчатки уже на ранних стадиях развития ПН. Так, бактериологический посев из нее, взятый во время операции у 53 больных, выявил позитивный результат на флору у 6 больных (11,3%). То есть она была инфицированной первично уже на ранних стадиях патологического процесса. Вероятно, причиной такой находки является близкое расположение естественных резервуаров инфекции (толстая кишка), а также лимфогенное и гематогенное инфицирование.

Вследствие трудностей правильной визуальной верификации протяженности некроза поджелудочной железы нами было проведено исследование соответствия операционных находок и патологоанатомических данных у 62 умерших (так называемый «летальный» панкреонекроз). Эти результаты представлены в таблице 3.

Таблица 2.

**Анализ соответствия операционных и патоморфологических данных
при "летальном" панкреонекрозе**

Локализация некроза	Операционные находки	Патологоанатомические
Распространенность некроза поджелудочной железы.	43,7 %	56,3 %
Распространенность некроза брюшинного пространства.	15,7 %	84,4 %

Из таблицы 2 видно, что интраоперационные находки далеко не всегда соответствуют истинному распространению некроза поджелудочной железы и брюшинного пространства. Так, распространенность некроза брюшинного пространства и его протяженность на операции часто не совпадали с истинным положением дел и были явно заниженными, по сравнению с патоморфологическими данными. В оценке причин возможных несоответствий нам представляется следующее: у части больных расширение некроза могло быть в разные сроки после оперативных вмешательств. Однако, как показали результаты вскрытий, в группе больных с дренированием брюшинных пространств некротические процессы не прогрессировали, что косвенно подтверждает адекватность объема операции. Смерть в данной группе больных чаще наступала

вследствие декомпенсации жизненно важных органов и систем, то есть от ПОН.

В оценке объема некротического процесса в самой поджелудочной железе имелось большее совпадение клинических и патоморфологических находок (соответственно 43,7 % и 56,3 %).

Всего из 134 оперированных больных с субтотально-тотальными формами ПН умерло 82 (61,19 %).

При изучении протоколов операций было выявлено, что хирургические вмешательства на ранних стадиях заболевания нельзя считать адекватными в 63,5 % клинических наблюдений, ввиду оставления больших масс некроза в брюшинной клетчатке. Вероятно, это было обусловлено, прежде всего, неправильной интраоперационной оценкой распространённости некроза. Эти данные представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Объем поражения брюшинной клетчатки при «летальном» панкреонекрозе

Отделы брюшинного пространства	Процент
1. Собственно брюшинное	100%
2. Правое ретроколитическое	92,6 %
3. Левое ретроколитическое	59,3 %
4. Правое околопочечное	80%
5. Левое околопочечное	60,7 %
6. Тотальное поражение	44,4 %

Из таблицы 3 видно, что при субтотальных и тотальных формах панкреонекроза происходит поражение большинства отделов брюшинного пространства. Эти

данные согласуются со сведениями из литературы (в частности, данными Титовой Г.П., 1995 г., НИИ неотложной хирургии им. Склифосовского, Москва).

Поэтому мы считаем, что если при проведении оперативного вмешательства по поводу субтотальных и тотальных форм ПН не проведена ревизия всех отделов забрюшинной клетчатки (неполная абдоминализация, вскрытие правого и левого околопочечных пространств), то основную цель операции нельзя считать достигнутой. По нашим данным, даже проведение резекции поджелудочной железы без достаточной санации забрюшинного пространства не приводило к позитивным результатам.

ЛИТЕРАТУРА

1. "Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости" под редакцией В.С.Савельева, 1986.
2. "Панкреонекроз", Республиканский сборник трудов 2-го МОЛ ГМИ им. Н.И.Пирогова под редакцией Ю.А.Нестеренко и В.В.Лаптева, 1986.
3. "Диагностика и лечение панкреатита и его осложнений", труды 2-ой Советско-польской научной конференции, М.,1990.
4. Шелагуров А.А. "Панкреатиты", М.,1993.
5. Савельев В.С. и соавт. "Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита", Анналы хир. гепатол., 19%, №1, с. 58-61.
6. Бельков А.В. «Изменения микроциркуляции крови при панкреонекрозе», 4-ая конф. хирургов-гепатол. России и стран СНГ, Тула, 1996, с.124.
7. Бельков А.В. «Аппарат «Вспомогательная печень» в лечении печеночной недостаточности при панкреонекрозе», 4-ая конф. хирургов-гепатол. России и стран СНГ, Тула, 1996,с. 123.

Поступила 19.05.2004 г.